X kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Obrony Narodowej

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW SPOŁECZNYCH W WOJSKU**
(NR 3)
z dnia 12 czerwca 2024 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Obrony Narodowej

– podkomisji stałej do spraw społecznych w wojsku (nr 3)

12 czerwca 2024 r.

Podkomisja stała do spraw społecznych w wojsku, obradująca pod przewodnictwem posła **Marcina Ociepy (PiS)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek obrad:

– informacja ministra obrony narodowej na temat funkcjonowania systemu wojskowej służby zdrowia i Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz planów utworzenia Komponentu Wojsk Medycznych,

– przyjęcie planu pracy podkomisji do 31 grudnia 2024 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **płk Arkadiusz Kosowski** dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej wraz ze współpracownikami, płk **Jarosław Kowal** zastępca dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego, płk **Krzysztof Jewgiejuk** przewodniczący Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów Zawodowych Wojska Polskiego oraz st. szer. **Agnieszka Morąg-Stępień** przewodnicząca Konwentu Dziekanów Korpusu Szeregowych Zawodowych Wojska Polskiego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Kamil Strzępek, Jacek Zientarski** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Szanowni państwo, serdecznie witam na posiedzeniu podkomisji stałej Komisji Obrony Narodowej do spraw społecznych. Witam państwa posłów. Witam naszych gości na czele z panem pułkownikiem Arkadiuszem Kosowskim, dyrektorem Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia w resorcie obrony narodowej. Nie mamy reprezentacji politycznego kierownictwa resortu. To może i dobrze. W Sejmie jest duże napięcie dotyczące polityki obronnej, a temat dzisiejszego posiedzenia jest ultra merytoryczny. Bardzo się cieszę, że będziemy mogli porozmawiać na temat funkcjonowania systemu wojskowej służby zdrowia i Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego oraz planów utworzenia komponentu wojsk medycznych. W drugiej części proponuję państwu przyjęcie planu pracy podkomisji do końca bieżącego roku.

W zasadzie jest z nami całe kierownictwo departamentu, a także zastępca dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego pan pułkownik Jarosław Kowal. Witam panów wicedyrektorów, pana doktora Dzięgielewskiego i pana pułkownika Świderskiego. Jest z nami pan pułkownik Krzysztof Jewgiejuk, przewodniczący Konwentu Dziekanów Korpusu Oficerów Zawodowych Wojska Polskiego oraz pani starszy szeregowy specjalista Agnieszka Morąg-Stępień, przewodnicząca Konwentu Dziekanów Korpusu Szeregowych Zawodowych Wojska Polskiego. A pan Rychwalski nie dotarł. Dobrze. To ja tyle, jeśli chodzi o wprowadzenie. Bardzo prosiłbym – jak rozumiem – pana pułkownika czy pana doktora… Ale proszę mówić siedząc.

Zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej Piotr Dzięgielewski:

…prośba o uczczenie minutą ciszy pamięci poległego sierżanta Mateusza Sitka.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Tak. Posłowie już to uczynili na sali plenarnej. Rozumiem. Oczywiście. Sejm już nie tylko w randze komisji czy podkomisji, ale na posiedzeniu plenarnym oddał hołd poległemu żołnierzowi. Natomiast rzeczywiście jest tak, że ten żołnierz był leczony w WIM. W Wojskowym Instytucie Medycznym. Tak, że tutaj związek jest ścisły.

Szanowni państwo, bardzo proszę. Proponowałbym oddać głos panu pułkownikowi, bo myślę, że państwo posłowie… Dzisiejsze posiedzenie podkomisji cieszy się szczególną popularnością nie tylko wśród posłów – członków podkomisji – ale także, jak rozumiem, wśród przyszłych członków podkomisji. Serdecznie do tego zachęcam. Bardzo proszę. Później będziemy zadawać pytania i prowadzić dyskusję, bo temat jest arcyciekawy i bardzo szeroki. Nie wszyscy wiedzą – mówię to w ramach transmisji do opinii publicznej – że w resorcie obrony narodowej jest cała osobna wojskowa służba zdrowia. To jest sieć szpitali i przychodni. To bardzo duży organizm, a także olbrzymie wyzwanie związane z medycyną pola walki. Ale o tym pan pułkownik. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia MON płk Arkadiusz Kosowski:

Dzień dobry. Arkadiusz Kosowski, dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia. Panie przewodniczący, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, wojskowa służba zdrowia to tylko jeden z elementów funkcjonowania armii, ale taki element, który jest dość newralgiczny i strategiczny w zakresie bezpieczeństwa żołnierzy. Ostatnie wydarzenia pokazują, jak bardzo potrzebna jest troska o naszych żołnierzy, ale również troska o dobrą organizację, bo nigdy nie znamy dnia ani godziny, kiedy objawi się nam jakieś nieszczęście. W związku z powyższym – jeżeli państwo pozwolą – chciałbym podzielić moje wystąpienie na dwa elementy. Na dwa obszary. Jeden dotyczący stanu bieżącego, a drugi dotyczący zamierzeń.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o stan aktualny, to jest tu poglądowy slajd pokazujący z grubsza strukturę wojskowej służby zdrowia. Można powiedzieć, że służba zdrowia podlega Departamentowi Wojskowej Służby Zdrowia. Natomiast druga służba zdrowia czy wspierająca służba zdrowia podlega Sztabowi Generalnemu Wojska Polskiego. Biorąc pod uwagę te dwa rodzaje służb i te dwa rodzaje podległości można również powiedzieć – i należy powiedzieć – że wojskowa służba zdrowia, która podlega bezpośrednio Departamentowi Wojskowej Służby Zdrowia, to jest ta służba zdrowia, która bardzo mocno współpracuje z cywilną służbą zdrowia. To są wszystkie szpitale SPZOZ. Mamy ich 12, w tym 4 szpitale kliniczne, Wojskowy Instytut Medyczny, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii oraz Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej. W planach mamy utworzenie kolejnego instytutu, o czym wspominał pan premier – minister obrony narodowej, Wojskowego Instytutu Medycznego w Krakowie.

Do tego mamy 4 szpitale rehabilitacyjno-uzdrowiskowe, które mają swoje siedziby w Krynicy Zdroju, w Busku Zdroju, w Ciechocinku i w Lądku Zdroju, 4 wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej, 14 rejonowych komisji lekarskich oraz centralną komisję lekarską i 5 ośrodków służby krwi. To jest w części wojskowo-medycznej ściśle współpracującej z obszarem cywilnym. Jeśli państwo pozwolą, to taka dygresja. Ostatnio mieliśmy wizytę szefowej wojskowej służby zdrowia Stanów Zjednoczonych. Pani generał była pod dużym wrażeniem tego, że Wojsko Polskie ma placówki służby zdrowia, które pracują czy współpracują w sektorze cywilnym. W Stanach Zjednoczonych czynione są starania, żeby móc korzystać z takiego obszaru współpracy. W mniejszym stopniu chodzi tu o pieniądze, a w większym o praktykę, a więc o zdolność do codziennego ćwiczenia i doskonalenia umiejętności. Przez lata aktywności Ministerstwa Obrony Narodowej udało się wprowadzić współpracę z obszarem cywilnym. Korzystając z możliwości doskonalenia umiejętności kadr jednocześnie jesteśmy użyteczni dla społeczeństwa w okresie pokoju.

Drugi obszar podlega Sztabowi Generalnemu Wojska Polskiego. To jest obszar medycyny wojskowej bliższej żołnierzom, znajdujący się bezpośrednio w kontakcie

z jednostkami wojskowymi, z całym obszarem operacyjnym. Podległość – co widać na slajdzie – moglibyśmy podzielić na podległość pod dowództwo generalne, pod Inspektorat Wsparcia Sił Zbrojnych, a także pod dowództwo operacyjne. Jeśli chodzi o dowództwo generalne, podlegają mu wszystkie placówki polowe, wysunięte, zabezpieczane i zarządzane przez dowództwo generalne. Dowództwo operacyjne dowodzi placówkami i organizuje zabezpieczenie medyczne wojsk poza granicami kraju. Natomiast Inspektorat Wsparcia SZ zajmuje się elementem logistyki medycznej, organizacją podstawowej opieki oraz medycyny pracy. Do tego wszystkiego powinniśmy dodać element zabezpieczenia medycznego i potencjału medycznego istniejącego w Wojskach Obrony Terytorialnej.

Jeśli chodzi o ośrodki medycyny prewencyjnej, w dużym uproszczeniu można byłoby powiedzieć, że to są wojskowe sanepidy. Mamy głównego inspektora sanitarnego i mamy ośrodki w terenie. Z tym, że nasze inspekcje mają trochę odrębną charakterystykę w stosunku do tego, czym zajmuje się klasyczny sanepid. Jak państwo widzą na slajdzie, nasza inspekcja sanitarna scala 3 inspekcje – inspekcję sanitarną, weterynaryjną i farmaceutyczną. W ramach tych 3 obszarów odpowiedzialności zabezpieczamy struktury Wojska Polskiego. W ostatnim okresie, ze względu na zmiany ustawowe prowadzone w ostatnich latach, pojawiły się również przepisy, które podejmowały działania w zakresie inicjatywy. To była aktywność naszych poprzedników na tych stanowiskach. Działania zmierzały do tego, żeby rozpocząć porządkowanie, reformowanie i zmienianie wojskowej służby zdrowia. Przepisy, które państwo widzą, to są przepisy kierunkowe, które zainicjowały zmiany. Dzisiaj są one podstawą naszej bieżącej aktywności.

Dlaczego w ogóle pojawiła się dyskusja o potrzebie reformy służby zdrowia w wojsku? Czy ta reforma jest w ogóle konieczna? Uważamy, że robienie reformy dla samej reformy w tym wypadku nie jest celem. Natomiast – jak państwo widzą – wielość struktur dowodzących prezentowanych na poprzednich slajdach powoduje, że mamy ograniczony obszar koordynacji tych zasobów. Stara zasada w wojsku uczy, że jeżeli mamy ograniczone zasoby, należy siły i środki koncentrować. Tego dotyczą te zmiany. Jednocześnie po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę obserwujemy konieczność wyciągania wniosków z tego, co tam się dzieje i reagowania stosując odpowiednie działania w tym zakresie, czyli próbując dostosować naszą służbę zdrowia do istniejących zagrożeń. Ustawa o obronie Ojczyzny też wprowadziła określone wymagania. W tym zakresie niezbędne jest wprowadzenie przepisów koncentrujących i regulujących nasze funkcjonowanie. Duże zaangażowanie wojskowej służby zdrowia i personelu medycznego w epidemię COVID również skłania do tego, żebyśmy rozmawiali i rozważali zmiany. Po to, żeby w tym zakresie – jak mówią – z historii i doświadczeń wyciągać wnioski i dokonywać racjonalnych zmian.

Nasze zobowiązania. Jak państwo doskonale wiedzą, na terenie kraju czasowo czy okresowo przebywają wojska sojusznicze. W związku z ich obecnością trzeba zorganizować właściwe zabezpieczenie. Jednocześnie rozproszenie kompetencji i wielość struktur, którym podlega wojskowa służba zdrowia – począwszy od Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, po sztab, a w sztabie poprzez różne, odpowiednie dowództwa – skłaniają do tego, że powinna nastąpić koordynacja i koncentracja struktur. Aktualnie w tym względzie w wersji roboczej używamy pojęcia „komponent wojsk medycznych”. Starania w tym zakresie były już czynione w poprzedniej kadencji, za czasów poprzednich ministrów obrony narodowej i poprzedniej pani dyrektor – szefowej służby zdrowia Wojska Polskiego. Jest to pewien element kontynuacji działań zmierzających do ujednolicenia struktur i skoordynowania procesu działalności.

Aktualnie mamy 8 rejonów zabezpieczenia medycznego, które widzą państwo na rysunku. Intencją naszych prac zmieniających rzeczywistość jest zmodyfikowanie tych rejonów. Celem modyfikacji jest zaktywizowanie wszystkich szpitali wojskowych w ich aktywności i działalności. Ten potencjał wojskowej służby zdrowia może być wykorzystany w znacznym stopniu. Ta aktywizacja jest brana pod uwagę w procesie tworzenia komponentu lub całej reformy wojskowej służby zdrowia. Oczywiście, są tu słowa klucze, co państwo widzą. Jest pewna idea co do chęci uzyskania spójności i jednomyślności działań. Chcielibyśmy, żeby te zmiany dokonały się w taki sposób, żeby wojskowa służba zdrowia była bardziej reaktywna, bardziej gotowa na aktywne działa-

nia na zewnątrz. Żeby w większym stopniu wykorzystywać posiadane zasoby zarówno w okresie pokoju, kryzysu, jak i wojny. Chodzi nam o to, żeby koncentrując siły i środki tworzyć warunki do tego, żeby wojsko uzyskało optymalne zabezpieczenie. W tym celu 23 maja br. minister obrony narodowej wydał zgodę na procedowanie zmian w zakresie powołania zespołu, który ma opracować wszystkie szczegółowe dane, zmiany i wytyczne.

W ostatnim okresie, w ostatnich latach pojawiło się kilka koncepcji i różnych pomysłów. Celem tego zespołu jest zebranie wszystkich głosów w dyskusji wewnątrzresortowej i przedstawienie właściwego, spójnego projektu. Jeśli chodzi o część dotyczącą zmian w komponencie, jeszcze jedno słowo czy uwaga. Zamierzeniem pracy zespołu, który niedługo zostanie powołany, jest taka zmiana komponentu albo utworzenie takiego komponentu, który będzie wspierał rozwój naukowy oraz kompetencje lekarzy żołnierzy i personelu medycznego. Dzisiaj wiemy, że dobrze przygotowany do służby lekarz – dobrze przygotowany i niebojący się pacjenta – to potencjał, który powinniśmy mocno wspierać. Drugi element, to aktywizacja placówek wojskowej służby zdrowia, a więc tworzenie warunków do tego, żeby wszystkie szpitale wojskowe miały możliwość specjalizowania swoich absolwentów, tworzenia warunków do ich pracy i służby, doskonalenia zawodowego i rozwoju naukowego. Liczymy na to, że poprzez skoncentrowanie struktur i naukową aktywizację wiedzy i doświadczenia medycznego doprowadzimy do tego, że będziemy mieli kadrę na wyższym poziomie, z większą zdolnością do mobilnego działania. Dziękuję pięknie za uwagę.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan dyrektor Kowal. Bardzo proszę, panie pułkowniku.

Zastępca dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego płk Jarosław Kowal:

Szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość przedstawienie informacji dotyczących Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego. W kilkunastominutowej wypowiedzi postaram się zawrzeć najważniejsze kwestie. Staramy się pracować zgodnie z misją, która jest przedstawiona na slajdzie – „Pacjent w centrum uwagi". Leczymy i opiekujemy się nowocześnie i bezpiecznie. Wojskowy Instytut Medyczny prowadzi wielokierunkową działalność dotyczącą nie tylko bezpośredniego zabezpieczenia medycznego wojsk, ale przede wszystkim czy również, równolegle zabezpieczenia medycznego mieszkańców Warszawy, mieszkańców Mazowsza czy wręcz mieszkańców całej Polski. To również realizacja wieloprofilowej aktywności na kanwie naukowej, badawczej i dydaktycznej, jak również promocja innowacyjności i kreatywności naszych pracowników. Co można powiedzieć o Wojskowym Instytucie Medycznym? Szanowni państwo, to jest proste porównanie danych z 2020 r. do roku bieżącego. W 2020 r. budżet kontraktów z NFZ to 554 mln zł. Obecnie to jest 1085 mln zł. Budżet roczny to 635 mln zł i 1300 mln zł. Kliniki. To pokazuje, jak dynamicznie instytut się rozwija. W 2020 r. mieliśmy 41 klinik i oddziałów, a obecnie mamy ich 56.

Jak wygląda sprawa poradni? Jest ich o 20 więcej, czyli 57. Jest 8 zakładów. Hospitalizacji było 100 tys., a obecnie jest ich ok. 115 tys., przy czym to nie jest maksymalna liczba pacjentów, których możemy leczyć. Po części wynika to – niestety – z ograniczeń budżetowych. Porady ambulatoryjne – 180 tys. i 420 tys. obecnie. Proszę zobaczyć, jak wygląda struktura zatrudnienia. Lekarzy jest prawie 1 tys. Lekarze rezydenci – 316. Pielęgniarki i położne – 1421 osób. Do tego kilkaset czy wręcz kilka tysięcy osób personelu dodatkowego. W chwili obecnej daje to ogólną liczbę 4987 pracowników zatrudnionych w Wojskowym Instytucie Medycznym. Jak wygląda nasza działalność? Poza bieżącą działalnością medyczną cały czas staramy się bardzo dynamicznie rozwijać Instytut dostosowując go do aktualnych potrzeb. Kilka lat temu stworzyliśmy taką ideę, żeby pacjent w Instytucie był zaopatrzony kompleksowo.

Nie sililiśmy się na rozwiązania doraźne polegające na stworzeniu wybranej kliniki, wybranego oddziału czy punktu konsultacyjnego, tylko chcieliśmy, żeby pacjent miał zapewnione kompleksowe leczenie. Czyli np. pacjent ze schorzeniem kardiologicznym w pierwszym etapie przychodzi do poradni. Z poradni jest kierowany do kliniki kardiologii, która w chwili obecnej ma 3 oddziały. Jest tu bardzo duży oddział intensywnego

nadzoru i kilka pracowni. Klinika zapewnia praktycznie możliwość leczenia według każdej procedury kardiologicznej poza przeszczepami serca, bo tego nie wykonujemy. Pacjent po zaopatrzeniu kardiologicznym w klinice ma możliwość rehabilitacji w klinice rehabilitacji kliniki kardiologii. Potem – m.in. dzięki korzystaniu z programów kompleksowej opieki finansowanych również przez NFZ – jest dalsza opieka w poradni kardiologicznej. Podobnie wygląda nasza działalność i kierunki rozwoju w innych aspektach, ze szczególnym zwróceniem uwagi np. na pacjentów onkologicznych.

Tu też bardzo mocno staramy się, żeby ten pacjent od początku, od pierwszego kontaktu z lekarzem w poradni, poprzez nowoczesną onkologię, poprzez nowoczesną radioterapię mógł być zaopatrzony w jednym miejscu. Tak, żeby nie musiał szukać pomocy w różnych punktach. Stąd pojawiają się nowe pomysły. W 2020 r. uroczyście otworzyliśmy centrum chirurgii robotycznej. Chwilę później – w 2022 r. – udało się kupić drugiego robota. Co jest ważne, szanowni państwo? Nie skoncentrowaliśmy się tylko i wyłącznie na działalności, która jest zdominowana w innych placówkach, czyli na robotyce dotyczącej urologii. Mało inwazyjne operacje z wykorzystaniem robota w kwestii problemów urologicznych dzięki refundacji NFZ są dominujące w tych ośrodkach. Poszliśmy bardzo szeroko. Mamy kilka zespołów, które już są akredytowane do tego typu operacji, ale mają również możliwość szkolenia innych zespołów. Nasza robotyka działa nie tylko w kwestii urologii, ale również w ginekologii małoinwazyjnej, chirurgii, torakochirurgii, czyli chirurgii klatki piersiowej, kardiochirurgii, jak również bardzo wąskich dziedzin dotyczących operowania tarczycy. To spowodowało, że niedawno – to jest dosłownie informacja sprzed tygodnia czy sprzed 2 tygodni – wykonaliśmy już 1 tys. operacji robotycznych.

Kolejną dużą inwestycją był szpital modułowy. Szpital modułowy został uruchomiony w 2021 r., praktycznie w szczycie pandemii. Dzięki temu mogliśmy ciężar leczenia pacjentów z COVID przenieść z głównego budynku do szpitala modułowego, umożliwiający tym samym kontynuację leczenia pacjentów z podstawowymi chorobami. Czy szpital modułowy jest wykorzystywany po pandemii? Tak. Jak najbardziej. W każdym z modułów jest wyodrębniona inna działalność. Mamy tam punkt telemedyczny. Mamy tam przychodnię. Mamy tam część akademicką, jak również centrum szkolenia podyplomowego. Wykorzystujemy ten moduł. Przy czym cały czas mamy zachowaną możliwość aktywacji tego szpitala na wypadek zdarzeń masowych.

Kolejną ważną kwestią jest centrum leczenia weteranów, które funkcjonuje od 2021 r. Wydaje mi się, że idea stworzenia centrum pomocy dla osób poszkodowanych w wyniku działań wojennych była ze wszech miar słuszna. Jak państwo doskonale wiedzą, borykaliśmy się z tym problemem od przełomu 2010 i 2011 r. Dla pacjentów był to nowy problem. Dla nas – lekarzy, którzy pierwszy raz spotykali się z rannymi transportowanymi z Afganistanu – to był również ogromny problem. Lata doświadczeń pozwoliły wyodrębnić wyspecjalizowaną kadrę. Trzy lata temu udało się to spointować w postaci Centrum Leczenia Weteranów. W mojej ocenie i na podstawie informacji, które uzyskujemy, centrum naprawdę uzyskało dobrą markę i w porządny sposób pomaga naszym weteranom.

Kolejna rzecz to szpital w Legionowie otwarty w 2022 r. Koszt tego szpitala to ok. 150 mln zł. Podam tylko jeden przykład w kwestii dyskusji, czy ten szpital był, jest i czy będzie potrzebny. Ostatnie miesiące to ok. 100 – 120 pacjentów leczonych miesięcznie z ostrymi zespołami wieńcowymi, czyli pacjentów z zawałami. W Legionowie i w okolicy nie było możliwości prowadzenia tego typu leczenia. Ten szpital – szpital w Legionowie – to zapewnia. Jak wiemy, przy zawale mięśnia sercowego liczy się przede wszystkim czas. Im krótszy czas od początku objawów do interwencji, tym większa szansa praktycznie nawet na bezobjawowy dalszy przebieg choroby. Co więcej? Tak wygląda struktura szpitala w Legionowie. Chciałbym zwrócić uwagę na to, jak przez dwa lata zmieniła się ta struktura. Reagowaliśmy na bieżąco na potrzeby miejscowej ludności, jak również na to, co sami zaobserwowaliśmy w odniesieniu do zakresu, w jakim tę pomoc musimy rozbudować.

Dlatego w porównaniu do pierwotnego kształtu powstał oddział chorób dziecięcych. Została bardzo mocno doinwestowana i rozwinięta rehabilitacja. Bardzo mocno została rozwinięta podstawowa i specjalistyczna pomoc ambulatoryjna. Co istotne, 19 kwietnia br. zapadła decyzja o utworzeniu szpitalnego oddziału ratunkowego

w Legionowie. Prawdopodobna data otwarcia tego oddziału to lipiec tego roku. To jest duży przeskok. Duży przeskok w sensie opieki medycznej pomiędzy izbą przyjęć, a szpitalnym oddziałem ratunkowym. Oczywiście, wymaga to jakichś drobnych korekt organizacyjnych, ale nie są to sprawy, które będą stanowić jakikolwiek problem. Tak, że w lipcu 2024 r. powstanie kolejna nowa struktura w szpitalu w Legionowie.

Kolejna ważna rzecz, którą utworzyliśmy – a tym samym oddzieliliśmy komercyjne i niekomercyjne badania kliniczne, które normalnie przebiegały w klinikach – to Centrum Wsparcia Badań Klinicznych. Dzięki temu wszelkie projekty naukowe zostały przesunięte z klinik, które teraz swobodnie zajmują się leczeniem pacjentów, właśnie do nowo utworzonego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych. Kolejna ważna rzecz wydarzyła się w 2020 r. Koszt tego to 55 mln zł. Otworzyliśmy nową poradnię specjalistyczną. Do tej pory te poradnie były rozsiane na terenie całego instytutu. Teraz wszystkie poradnie są zlokalizowane w jednym nowoczesnym budynku z zapleczem. Co więcej, zrobiliśmy to w ten sposób, że Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje dużo procedur jako procedury jednodniowe. Przenieśliśmy ciężar obsługi czy leczenia – przepraszam za ten zwrot – tych pacjentów z kliniki do poradni jako hospitalizacje czy porady jednodniowe. W tym celu są stworzone specjalne pokoje. Pokoje badań, pokoje wlewów, w których w komfortowych warunkach w wygodnych fotelach pacjent może otrzymać lek bez konieczności hospitalizacji. Jest do tego zapewniona opieka psychologów czy opieka rehabilitacyjna. Wszystko dzieje się zgodnie z najnowszymi standardami postępowania.

Kolejna duża inwestycja to budynek okulistyki za 57 mln zł. Tu ważny aspekt, bo kilka projektów pokrywa się z projektami zabezpieczenia żołnierzy służących w naszej armii. Kolejny duży projekt to patomorfologia, jak również otworzenie specjalnego zakładu w reakcji na wydarzenia związane z pandemią COVID. To stworzenie Zakładu Zdrowia Publicznego, Epidemiologii i Wakcynologii z punktem szczepień, który warunkuje realizację pełnoprofilowych szczepień dla cywili, jak również dla żołnierzy.

Szanowni państwo, kilka rzeczy o działalności naukowej. Za lata 2017-2021 otrzymaliśmy kategorię A w dyscyplinie nauki medyczne. Mają państwo tutaj przedstawione stanowiska naukowe w Instytucie – 10 profesorów, 13 profesorów Instytutu. Ogółem 35 profesorów w Instytucie. Jak wygląda działalność naukowa? W chwili obecnej realizujemy przez specjalną komórkę 74 projekty o łącznej wartości 371 mln zł. Projektów jest bardzo dużo. Wiele z nich dotyczy bezpośrednio zabezpieczenia zdrowia i życia żołnierzy służących w polskiej armii. Kilka kluczowych projektów dotyczy właśnie tej sfery bezpieczeństwa.

Co dość istotne, na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z 10 września 2022 r. otrzymaliśmy status państwowego instytutu badawczego. Tak, że od tego dnia pełna nazwa, to Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy. Szanowni państwo, rozwój szpitala, rozwój klinik, rozwój naukowy to również rozwój nowoczesnej diagnostyki. W chwili obecnej posiadamy 2 rezonansy. Dwa lata temu została otwarta nowa pracownia nowego rezonansu. W chwili obecnej posiadamy 4 tomografy komputerowe. W chwili obecnej trwa remont i wymiana najnowszego urządzenia. Tak, że staramy się nadążyć, żeby nowoczesne leczenie było poparte najnowocześniejszymi metodami diagnostycznymi. W zeszłym roku obchodziliśmy jubileusz dwudziestolecia działalności. 27 stycznia odbyła się uroczystość z udziałem pana prezydenta. Jak wspomniałem, właśnie mijały 2 dekady pracy Instytutu na rzecz służby zdrowia.

Tu są może mniej ważne informacje dotyczące strony internetowej i regionalnej obsługi. Chciałem powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Zainicjowaliśmy również współpracę z Uniwersytetem Warszawskim. Od 1 października w Wojskowym Instytucie Medycznym rozpoczęli naukę studenci Wydziału Lekarskiego otwartego na Uniwersytecie Warszawskim. WIM stał się pełnoprofilowym zapleczem medycznym dla tych studentów. Równocześnie nastąpiło otwarcie Pracowni Anatomii Prawidłowej w jednym z modułów szpitala modułowego.

Nowa rzecz, która powstała w tym roku w marcu, to Centrum Zdrowia Psychicznego. To bardzo ważna inwestycja dotycząca opieki w zakresie chorób psychicznych. Zarówno opieki szpitalnej, jak i ambulatoryjnej dla wydzielonego obszaru Warszawy.

Najnowsze otwarcie to otwarcie 15 kwietnia zmodernizowanej Kliniki Ginekologii I Ginekologii Onkologicznej. To bardzo nowoczesna klinika. Chciałem zwrócić uwagę na jedną rzecz. Ta klinika liczy 24 łóżka, w tym ma 9 miejsc monitorowanych. Już wiele lat temu uznaliśmy, że zaplecze dla pacjentów jest niezmiernie ważne właśnie w kontekście miejsc monitorowanych.

Ze względu na charakter Instytutu i kwestie zabezpieczenia medycznego wojsk miejsca intensywne są kluczowe. Każdy remont, który jest przeprowadzany w WIM, wiąże się z tym, że każdy z oddziałów liczy minimum 6 łóżek monitorowanych, a szczególnie kliniki zabiegowe, które mają tę pulę zwiększoną do minimum 8 łóżek. I tak naprawdę już ostatnia informacja. Nie wiem, czy z tej odległości będzie widoczna. W tym roku kończymy 3 duże inwestycje. To jest inwestycja dotycząca Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej I Metabolicznej. To jest inwestycja dotycząca Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej I Oparzeniowej. I bardzo ważna, trzecia rzecz. Kończymy inwestycję dotyczącą Poradni Chorób Piersi. To jest o tyle istotne, że stworzyliśmy całkowicie nowoczesne i niespotykane w kraju miejsce, w którym panie z problemami onkologicznymi w zakresie chorób piersi będą mogły tak naprawdę w jednym ciągu gabinetów diagnostycznych i terapeutycznych, z pełną opieką psychologa, z pełną opieką lekarza – lekarza onkologa, lekarza chirurga – a potem rehabilitacji prowadzić leczenie i terapię.

Co do przyszłości, jest kilka dużych inwestycji. Przede wszystkim rehabilitacja. Liczba miejsc rehabilitacyjnych nigdy nie jest wystarczająca. Stąd inwestycja sięgająca kwoty 91 mln zł dotycząca rozbudowy Kliniki Rehabilitacji. Także rozbudowa Kliniki Psychiatrii, bo już się nie mieścimy w obecnych pomieszczeniach. Kolejna ważna rzecz to rozbudowa Kliniki Gastrocenterologii. Suma zaplanowanych inwestycji to 377 mln zł. Szanowni państwo, to z mojej strony wszystko. Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Pani poseł Urszula Nowogórska.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Szanowny panie przewodniczący, panowie pułkownicy, Wysoka Podkomisjo, co prawda nie jestem członkiem tej podkomisji, natomiast jestem jej sympatykiem. Pracuję w innych podkomisjach, ale zważywszy na problematykę podjęłam dzisiaj decyzję, że poproszę o zapisanie mnie do tej podkomisji, m.in. z uwagi na pewne związki z moim wykształceniem. Myślę, że to będą bardzo ciekawe tematy. Mam konkretne pytania. Może zacznę od pytania i od prośby. Czy jest możliwość, żeby panowie, którzy prezentowali swoje prezentacje, przekazali nam je również do wiadomości? Robiłyśmy wyrywkowo zdjęcia poszczególnych slajdów. Natomiast byłoby dobrze, gdyby cała, kompletna prezentacja była nam przekazana. Jeżeli to jest możliwe, to bardzo o to prosimy. Bardzo dziękuję.

I moje konkretne pytania. Bardzo mnie zainspirowało urządzenie da Vinci. Chciałam zapytać, ilu macie operatorów tego urządzenia? Operatorów chirurgów. Drugie pytanie. W Legionowie powstał bank krwi. Czy to jest bank krwi tylko i wyłącznie dla potrzeb działalności dotyczącej Legionowa? Czy jest jakaś szersza skala tego banku, jego specyfika i charakter? Chciałam jeszcze zapytać, bo w Krakowie znajduje się również wojskowy szpital kliniczny, który w tej chwili jest w trakcie rozbudowy. Jestem członkiem rady społecznej tego szpitala. Bardzo chciałabym od panów usłyszeć, że nie będzie żadnych problemów związanych z finansowaniem szybkiego zakończenia tej inwestycji i doposażenia w sprzęt z uwagi na duże potrzeby tego rynku i niedużą odległość do naszej wschodniej granicy. Usytuowanie z uwagi na to, że ten szpital w zasadzie obsługuje 2 województwa – małopolskie i podkarpackie – jest bardzo istotne.

Jeszcze taka uwaga i sugestia. Jeżeli rzeczywiście zostaną podjęte działania związane z tym, żeby ten szpital również stał się instytutem, to żeby spełnić poszczególne kryteria – z uwagi na charakter tej działalności – będą państwo musieli współpracować z personelem niewojskowym, a przecież na terenie Krakowa działa również kliniczny szpital uniwersytecki. Czy to będzie działanie współpracujące? Czy te 2 instytuty będą się wspierać? Jak panowie widzą to technicznie? To jest pytanie – że tak powiem – z czystej ciekawości. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Wicha.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Właściwie koleżanka już wyczerpała pulę moich pytań, bo też chciałam prosić o te prezentacje i zapytać o część dotyczącą transplantologii. Czy ona jest szerzej dostępna czy tylko dla szpitala w Legionowie? Kolejna rzecz, o którą chciałam zapytać. Powszechnie wiadomo, że brakuje nam personelu medycznego w cywilnej ochronie zdrowia. Zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Z racji swojego zawodu wiem o tym doskonale, bo pracowałam 37 lat jako pielęgniarka. Wiem, że tutaj jest właściwie coraz gorzej, a nie coraz lepiej. Chciałabym się dowiedzieć, jak to wygląda u państwa w służbie zdrowia? Nauczyłam się, wojskowa to jest służba zdrowia, a cywilna to jest ochrona zdrowia, co nawet mnie zaskoczyło. Czy nie mają państwo takich problemów chociażby w nowym szpitalu legionowskim? Jeszcze kilka lat temu słyszałam, że były trudności z obsadzeniem tego szpitala personelem. Z tego co pamiętam, szczególnie ze szpitalnym oddziałem ratunkowym były kłopoty. Jak to ogólnie wygląda? Jeżeli tak jest – a podejrzewam, że tak jest pomimo tych liczb, które pan podał w prezentacji – to jakie są rozwiązania? Oczywiście, słyszałam, że mają powstać kierunki medyczne, ale wykształcenie pełnego – że tak powiem – lekarza czy pielęgniarki wraz z praktyką, to jest tak naprawdę minimum 8 lat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Śliwka.

Poseł Andrzej Śliwka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Panie przewodniczący, Wysoka Podkomisjo, panowie pułkownicy i jeśli dobrze widzę pani szeregowa – przepraszam najmocniej, nie zobaczyłem stopnia – szanowni państwo, w pierwszej kolejności należą się ogromne słowa podziękowania, bo rzeczywiście wojskowa służba zdrowia jest na najwyższym poziomie. Chyba mogę powiedzieć w imieniu wszystkich członków Komisji, że wszystkie dobre projekty, które będą państwo realizowali ponadpolitycznie, będą uzyskiwały wsparcie. Mam konkretne pytanie, bo to chyba nie zabrzmiało w tej prezentacji. W ostatnim czasie w przestrzeni medialnej porusza się temat związany z finansowaniem przez NFZ świadczeń oraz problemów związanych z tym faktem, że jest coraz mniej środków z NFZ na świadczenia. Chciałbym się dowiedzieć, jak to wygląda w szpitalach podległych ministrowi obrony narodowej, żebyśmy mieli konkretną informację o tym, czy jest ryzyko związane z tym, że nie będzie środków na bardzo ważne operacje, które państwo realizują? Na te świadczenia zdrowotne, które państwo realizują. To, po pierwsze.

Druga kwestia. Pani poseł troszeczkę wywołała mnie w tym temacie wskazując, że jest w radzie społecznej szpitala w Krakowie, jeśli dobrze usłyszałem. I bardzo dobrze, bo to jest ważne, żeby osoby, które cieszą się autorytetem i cieszą się poparciem społecznym były w radach społecznych, przecież nieodpłatnych. Nie byłbym sobą, gdybym nie pamiętał tego, co mówił pan minister Tomczyk, który w roli inkwizytora wskazywał polityków Prawa i Sprawiedliwości, którzy byli w tych radach. Chciałbym poznać skład tych rad. Czy mógłbym prosić pana dyrektora o podanie obecnego stanu rad, o podanie imion i nazwisk konkretnych osób, które są w radach społecznych? Będę panu dyrektorowi szalenie wdzięczny, jeżeli pan dyrektor w tym momencie udzieli mi tej informacji. To te 2 pytania.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pisemnie, bo myślę…

Poseł Andrzej Śliwka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Jeżeli pan dyrektor ma wiedzę czy wgląd, to może te nazwiska wymienić. A jeżeli nie, to – oczywiście – pisemnie.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Placówek medycznych jest bardzo dużo. Bardzo dziękuję za to pytanie, bo byłem wśród tych posłów, którzy zostali wykluczeni z rad społecznych. Byłem wówczas nawet

sekretarzem stanu w Ministerstwie Obrony Narodowej, więc moja obecność w radzie społecznej szpitala nie powinna budzić… I byłem posłem. Bardzo dziękuję za ten głos. Pamiętam, że kiedy byłem jeszcze przewodniczącym rady miasta Opola, to z kolei w przychodniach miejskich też byli radni. Prawda?

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

To może ja jeszcze w ramach uzupełnienia. Koledzy, koledzy. Może jeszcze w ramach uzupełnienia. Dość długo pracowałam w Sejmiku Województwa Małopolskiego. Też byłam członkiem rady społecznej tego szpitala. Zmieniła mnie pani premier. Dlatego tak… No, właśnie. Dlatego…

Poseł Andrzej Śliwka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Pani poseł, to nie jest żaden zarzut.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Myślę, że to nie jest zarzut. Tak powinno być. Prawda?

Poseł Andrzej Śliwka (PiS) – spoza składu podkomisji:

Pani poseł, w pełni się z panią zgadzam, ale chcielibyśmy mieć taką kompleksową informację, bo pamiętamy wystąpienie pana ministra Tomczyka. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Zapałowski. Myślę, że na tym zakończymy tę rundę pytań, bo są jeszcze inne pytania, tak żeby panowie zdążyli z odpowiedziami. Dobrze? Bardzo proszę.

Poseł Andrzej Tomasz Zapałowski (Konfederacja):

Panie przewodniczący, wysoka podkomisjo, mam takie pytania. Praktycznie 3 pytania…

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Bardzo proszę. W tej podkomisji jest dyscyplina. Bardzo proszę.

Poseł Andrzej Tomasz Zapałowski (Konfederacja):

…do państwa. Po 2002 r. nastąpiła dewastacja wojskowej służby zdrowia, zwłaszcza na ścianie wschodniej. W tej chwili np. w województwie podkarpackim są 3 brygady, a nie ma w ogóle szpitala wojskowego. Po pierwsze, czy są jakieś plany odbudowy gdzieś na Podkarpaciu szpitala wojskowego? Druga sprawa. W jakiej kondycji jest system wojskowych szpitali polowych na czas wojny? Kolejne pytanie. Jakie zabezpieczenie medyczne mają państwo, w jakim stanie, na czas wojny? Po prostu liczba lekarzy wojskowych jest bardzo, ale to bardzo ograniczona. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, kończymy pytania. Bardzo proszę państwa posłów. Właśnie teraz – drodzy państwo – usłyszymy odpowiedzi na wszystkie pytania. Bardzo proszę. Pan dyrektor? Tak. Bardzo proszę. Zacznie pan pułkownik Kosowski, a później poprosimy WIM i pana pułkownika Kowala. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeżeli chodzi o prezentację – odpowiadając na pytanie pani poseł – swoje prezentacje przekazaliśmy do Komisji. Jeżeli pan przewodniczący wyrazi zgodę, to – oczywiście – z naszej strony jest pełna zgoda. Jeśli chodzi o Kraków, to jest to szybko postępująca inwestycja. Można powiedzieć, że stan surowy otwarty tej budowy jest praktycznie zakończony. Tempo budowy wyprzedza plany. W decyzji ministra obrony narodowej jest zapowiedź, że będzie kontynuacja. To jest bezdyskusyjne. Będą też próby przekazania środków finansowych w celu przyspieszenia realizacji tej inwestycji. Tym bardziej, że w ramach tej inwestycji czeka nas również remont i rozbudowa obiektów, które są na terenie kompleksu. Mamy część budynków, które są zaniedbane. Wiemy, że ten szpital jest szpitalem ponad stuletnim z olbrzymią tradycją, ale też z uszkodzonym, ze zdekapitalizowanym potencjałem, jeżeli chodzi o całą infrastrukturę.

Jeżeli chodzi o stronę naukową wspomniałem, że jesteśmy zainteresowani oferowaniem dobrej medycyny. Pan pułkownik wspominał o tym, co się dzieje w Wojskowym Instytucie Medycznym, ile dobrego dzieje się w Wojskowym Instytucie Medycznym. Te dobre przykłady chcemy przenosić na pozostałe szpitale w Polsce. Żeby pozyskać kadrę medyczną, żeby mieć lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych, oprócz faktu, że można służyć w mundurze, chcemy dać dobrą ofertę pracy oraz dobrą i szybką ofertę nauki. W tym zakresie jest deklaracja pana premiera w sprawie utworzenia Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz wykorzystania potencjału wojskowego centrum, które jest w Łodzi. Kampusu medycznego, poligonu i całej infrastruktury. W tym obszarze chcemy rozwijać… I specjalizować się w obszarze medycyny stanów nagłych. Młodym lekarzom, którzy kończą i będą kończyć Wojskową Akademię Medyczną, dać ofertę szybkiego wejścia do zawodu poprzez możliwość specjalizacji. Poprzez możliwość pracy i służby w naszych szpitalach.

A w szpitalach tworzyć warunki do tego, żeby była kadra, która będzie liderami. Która będzie miała autorytet i będzie zachęcała młodych ludzi do tego, żeby się doskonalić w strukturach armii. Mamy problemy kadrowe. To są problemy, które ciągną się za nami od wielu, wielu lat we wszystkich grupach zawodowych. Oczywiście, w polskiej armii, w polskich strukturach służą ci w mundurach, jak i pracują ci w ubraniach czy w fartuchach cywilnych. Cała struktura to jest ponad 14 tys. osób. W tym ok. 3 tys. to kadra w mundurach. Brakuje nam lekarzy. Brakuje nam dentystów, weterynarzy, farmaceutów, ratowników medycznych. Można powiedzieć, że na ponad 3 tys. osób, które są w służbie, brakuje nam ok. 1,5 tys. kadry o różnej specjalizacji zawodowej. W związku z tym jest potrzeba stworzenia 2 bardzo poważnych elementów. To jest odtworzenie czy utworzenie od nowa Wojskowej Akademii Medycznej oraz zachęcenie młodych ludzi do służby poprzez stworzenie dobrych warunków do nauki, do rozwoju zawodowego, do specjalizowania się i pracy w placówkach, które będą miały właściwy poziom.

Oczywiście, kiedy mówimy o Wojskowym Instytucie Medycznym… Kilkanaście lat temu ówczesny dyrektor tego instytutu pan generał profesor Maruszyński mówił o Wojskowym Instytucie Medycznym jako o okręcie flagowym wojskowej służby zdrowia. Instytut do dzisiaj jest taką perłą wojskowej służby zdrowia. Mamy ambicję, żeby ta perła się rozwijała. Jednocześnie chcielibyśmy, żeby wszystkie inne, mniejsze ośrodki też były mniejszymi, wspierającymi perełkami. Jak wiemy, duży lotniskowiec potrzebuje małych fregat, żeby to ładnie funkcjonowało. W ten sposób chcemy też rozwijać Wojskowy Instytut Medyczny w Krakowie, współpracując z uczelniami medycznymi, tj. z centrum, z Uniwersytetem Jagiellońskim. Projekt, zamierzenia, działania zmierzające do tego, żeby w Łodzi powstała wojskowa akademia na bazie istniejącego tam kampusu i warunków, które są tam przygotowane, obejmują również wsparcie i współdziałanie z uczelniami cywilnymi. Ten kompleks działa. Miejmy nadzieję, że będzie na tyle atrakcyjny naukowo, medycznie i rozwojowo, że swoją ofertą będzie zapraszał młodych ludzi do służenia w armii.

Jeśli chodzi o finansowanie świadczeń, z Narodowego Funduszu Zdrowia co roku na wojskową służbę zdrowia płynie ok. 3,5 mld zł, na utrzymanie tego potencjału. Jest to duże zaangażowanie z naszej strony, a z drugiej strony utrzymanie infrastruktury i doskonalenie zawodowe, o którym wspominał pan pułkownik z Wojskowego Instytutu Medycznego. Sytuacja funduszu albo naszych placówek w Narodowym Funduszu Zdrowia jest stabilna. Mamy podpisane kontrakty. One nie są na niższym poziomie niż dotychczas. Mamy świadomość sytuacji bieżącej, w związku z czym dostosowujemy swoją aktywność do możliwości finansowych. Ponieważ to jest 3,5 mld zł, więc jest duże pole do popisu, jeżeli chodzi o uprawianie medycyny. Chcemy się rozwijać. Chcemy tworzyć to dobro medyczne – w dobrym tego słowa znaczeniu – w miarę rozwoju, o którym mówił pan pułkownik Kowal. Apetyt rośnie, więc chcielibyśmy więcej, więcej i więcej mając świadomość potencjału, którym dysponujemy albo który rozwijamy. Będziemy go wykorzystywać odpowiednio do możliwości finansowych w systemie.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Proszę bardzo.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Dziękuję. W odniesieniu do tego, co mówił kolega poseł, ale i pan. Kolega pytał o finansowanie w ramach funduszu zdrowia. Czy policzyli państwo, ile mają państwo tzw. nadwykonań, które nie są zapłacone przez fundusz?

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Mamy to policzone na dzisiejsze spotkanie kompleksowo. To jest tylko Wojskowy Instytut Medyczny. Natomiast, jeśli chodzi o całą infrastrukturę wojskową za 2023 r., mogę to uzupełnić i przesłać Komisji, tak jak informację o członkach rady, bo z naszej strony nie jest to żadna tajemnica. Po prostu nie mam tych nazwisk w głowie. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, przekażemy to na piśmie.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

To wszystko. Czyli możemy rozpocząć drugą turę. Tak? Jeszcze pan…

Poseł Andrzej Tomasz Zapałowski (Konfederacja):

Nie otrzymałem odpowiedzi na pytania.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Jeszcze Wojskowy Instytut Medyczny. Panie pułkowniku, proszę bardzo.

Poseł Andrzej Tomasz Zapałowski (Konfederacja):

Moje pytania dotyczyły ewentualnego szpitala na Podkarpaciu. Tego, jak wyglądają wojskowe szpitale polowe. Jaki jest ich stan? Jakie jest zabezpieczenie medyczne na czas wojny, jeśli chodzi o lekarzy?

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Przepraszam bardzo. Jeśli chodzi o szpitale polowe, to aktualnie mamy 3 szpitale polowe we Wrocławiu, w Bydgoszczy i w Lublinie. W pełni zorganizowany jest szpital polowy we Wrocławiu. W trakcie uzupełniania jest szpital w Bydgoszczy i nowo tworzony szpital polowy w Lublinie. Jeśli chodzi o strukturę lekarzy, aktualnie w mundurach mamy 769 lekarzy. Z chęcią podwoilibyśmy te zasoby, jednak to wymaga procesu, o którym mówiła też pani poseł. Szkolimy studentów w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, ale to też jest proces. Średnio ok. 100 osób co roku kończy szósty rok. Tymi zasobami będziemy gospodarować. Mamy nadzieję, że poprzez reformę i otworzenie uczelni aktywność w tym zakresie będzie znacznie większa. Jeśli chodzi o stronę wschodnią, a przede wszystkim o Podkarpacie, to mieliśmy szpital w Przemyślu, ale już nie mamy szpitala w Przemyślu. Są różnego rodzaju rozważania, ale aktualnie nie ma decyzji ani w zakresie budowania, ani w zakresie przejmowania jakichś struktur. To jest w sferze analiz resortowych.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan pułkownik Kowal w imieniu WIM.

Zastępca dyrektora WIM – PIB płk Jarosław Kowal:

Jeśli chodzi o bank krwi w Legionowie, to jest to jednostka ściśle współpracująca z bankiem centralnym WIM. Żadna z tych jednostek nie świadczy usług na zewnątrz, dlatego że ta struktura wynika z oddzielnej ustawy i sposobu posiłkowania się Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Pytała pani o robotykę. W chwili obecnej mamy 10 certyfikowanych operatorów, co daje nam możliwość stworzenia 10 zespołów. Mamy 7 operatorów w mundurze i 3 cywilnych – 4 chirurgów, 2 urologów, 1 ginekologa, 1 kardiochirurga i 2 laryngologów z możliwością prowadzenia operacji twarzowo-szczękowych, bo robimy również operacje tarczycy. Głównym działem jest urologia. Tutaj chcemy stworzyć już nawet trzeci zespół certyfikowany z możliwością szkolenia innych, bo w tym kierunku też odbywają się szkolenia. Chirurgia małoinwazyjna, chirurgia kolorektalna, chirurgia ginekologiczna, torakochirurgia, kardiochirurgia i małoinwazyjne operacje tarczycy. Te wszystkie operacje wykonujemy u nas.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie rozpoczynamy drugą turę pytań. No, dobrze. To ja znowu ustąpię. Proszę bardzo. Pani poseł Wicha, jeżeli mogę tak po kolei, zgodnie z kolejnością zapisów.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Mam pytanie dotyczące… Właściwie chciałam podziękować za to, że wojskowa służba zdrowia rozszerzyła swoje usługi na osoby, które nie są wojskowymi czy rodzinami wojskowych, tylko cywilami. Sama z tego korzystam, bo chodzę do przychodni na Nowowiejskiej, która jest przychodnią wojskową, a jednocześnie przyjmuje osoby, które nie są z wojskiem związane. To jest bardzo dobra praktyka, zważywszy na to, że państwo rzeczywiście mają spore zasoby i ta medycyna jest na dobrym poziomie. Natomiast pytanie brzmi tak. Czy w sytuacji zagrożenia wojennego, biorąc pod uwagę obronę cywilną, która – jak wiadomo – wciąż nie jest u nas… Właściwie nawet mi się nie chce mówić, w jakim jest stanie. Po prostu zwyczajnie jej nie ma. Ciągle czekamy na ustawę o obronie cywilnej. Podobno projekt rządowy już dostał numer druku. Tak, że czekamy z niecierpliwością na procedowanie. Chciałam zapytać, jak to właściwie będzie wyglądało w sytuacji zagrożenia? Czy państwo – wojskowe jednostki medyczne i przychodnie medyczne – będą w takiej sytuacji przyjmowali cywili? Czy w jakiś sposób włączą się w system obrony cywilnej? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Nowogórska.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Chciałam dopytać, bo powiem szczerze, że nie mam wiedzy na ten temat. Proszę mi odpowiedzieć. Jeżeli są studenci medycyny, którzy kończą Wojskową Akademię Medyczną, czy mają obowiązek wysłużenia jakiegoś czasu w mundurze wykonując swój zawód? O to chciałam zapytać. I drugie pytanie. Wiadomo, że na wypadek trudnych czasów każdy szpital – powiatowy czy wojewódzki – ma obowiązek przygotowania iluś łóżek w ramach systemu, który jest. Natomiast tak naprawdę chciałam zapytać, jak to naprawdę wygląda? Czy w sytuacjach kryzysowych – gdyby nie daj Boże się zdarzyły – rzeczywiście pełną ochronę zdrowia przejmą szpitale wojskowe? Czy będzie jakaś możliwość wykorzystania szpitali niepodlegających ministrowi obrony narodowej? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie ja też dorzucę pytania. Po pierwsze, z racji sympatii resortowych usłyszeliśmy bardzo ogólną informację o komponencie wojsk medycznych. Czy panowie zechcieliby doprecyzować, jaki jest horyzont czasowy? Jaki jest harmonogram ich tworzenia? Na razie usłyszeliśmy, że powstał zespół. Jak rozumiem, w zeszłym miesiącu. Zespół ma przygotować koncepcję. Ale nas interesuje, kiedy po prostu te wojska powstaną. Jaki jest horyzont czasowy? Jaki jest harmonogram? Chyba, że to jest tylko i wyłącznie hasło, a zespół ma teraz doprecyzować, co za tym hasłem stoi. Prawda? Bo to różnie bywa w procesach decyzyjno-politycznych. Tak to powiem. To jest pierwsze pytanie. I drugie. Już teraz jasno państwo wskazali, że komponent medyczny ma podlegać ministrowi obrony narodowej. Bezpośrednio. To znaczy – oczywiście – z udziałem departamentu, ale bez udziału Sztabu Generalnego Wojska Polskiego.

Czy pan pułkownik, pan dyrektor zechciałby doprecyzować, jaka jest koncepcja podległości? Wszyscy państwo pamiętają tyrady na temat Wojsk Obrony Terytorialnej. Tego, jak to jest, że podlegają ministrowi obrony narodowej, a powinny podlegać Sztabowi Generalnemu Wojska Polskiego. Mówiliśmy, że to przejściowo. Że kiedy się je tworzy, na razie będą podlegać ministrowi. Że to są nadzwyczajne rozwiązania. Teraz mają być… Przecież docelowo miały być… Gdyby panowie zechcieli nam rozjaśnić, jaka to jest koncepcja. Drugie pytanie. Jak wygląda dzisiaj zabezpieczenie medyczne? Jutro mamy posiedzenie podkomisji, które serdecznie polecam i na które zapraszam, poświęcone warunkom służby żołnierzy na granicy. To będzie nadzwyczajne posiedzenie, które zwołaliśmy na jutro na 12:00. Dobrze mówię? Tak, że serdecznie zapra-

szam. Skoro dziś mamy tu specjalistów od służby zdrowia, to jak dzisiaj wygląda zabezpieczenie medyczne? Mamy tragiczną sytuację. Żołnierz został raniony na granicy. Jak to wyglądało w tym przypadku? Jak to wygląda modelowo, jeśli chodzi o zabezpieczenie medyczne naszych żołnierzy służących na granicy?

Trzecie pytanie. Ono się już tutaj mniej więcej przewinęło, ale z furtką pozwalającą uciec od odpowiedzi publicystycznie. Jaki jest dzisiaj stan ukadrowienia lekarzy? Stan ukadrowienia to jest konkretne pojęcie. Chodzi o lekarzy, ale także o inne zawody medyczne czy okołomedyczne, które funkcjonują w wojskowej służbie zdrowia. Poprosiłbym o konkretne informacje. Jak to wygląda w procentach? Może tak to doprecyzuję. Jak to wygląda w procentach? Dalej chciałbym zapytać o kształcenie. Mówimy o lekarzach, że są duże potrzeby. My to wiemy. Chcę powiedzieć, że w ogóle nie pytam z próbą pokazania, że to jest jakiś skandal, że mamy takie braki w ukadrowieniu, bo to jest coś, z czym my też się borykaliśmy przez ostatnie kadencje, kiedy byliśmy w kierownictwie resortu obrony narodowej. To jest olbrzymie wyzwanie. Pytam, żeby pokazać w świetle dziennym, że naprawdę bardzo mocno potrzebujemy nowych lekarzy i nie tylko lekarzy, którzy będą funkcjonować w wojskowej służbie zdrowia.

Tutaj nasuwa się pytanie o kształcenie. Była mowa o różnych placówkach. Chciałem zapytać o wykorzystanie potencjału cywilnych uczelni nie tylko w Krakowie, ale szerzej, w kraju. Tam, gdzie jest medycyna. Wiem, że pojawiają się takie inicjatywy uniwersytetów, które mają kierunki lekarskie, że mogłyby mieć specjalizację medycyny pola walki. To mogłoby być dodatkowym rezerwuarem przyszłych lekarzy nie tylko dla wojska. I wreszcie ostatnie pytanie. Powiedziałbym, że już stricte związane z moim okręgiem wyborczym. W planach była rozbudowa 116. Szpitala Wojskowego w Opolu. Plany były takie, że budowa powinna ruszyć w tym roku. Chciałbym zapytać, czy nowe kierownictwo departamentu, jak również resortu, nie dokonało zamachu na inwestycję związaną z rozbudową 116. Szpitala Wojskowego? Tu bardzo dziękuję za głos pani poseł Wichy, pani przewodniczącej, bo trzeba powiedzieć, że zajmujemy się tym nie tylko ze względu na to, że jesteśmy podkomisją Komisji Obrony Narodowej i zajmujemy się polityką obronną, ale także dlatego, że wojskowa służba zdrowia w zdecydowanej większości jest otwarta na świadczenie usług medycznych cywilom.

Warto, żeby nasi obywatele, którzy śledzą nasze obrady wiedzieli, że szpitale i przychodnie są otwarte. Przecież w zdecydowanej większości są otwarte na świadczenie usług medycznych dla cywilów. W tym kontekście 116. Szpital Wojskowy w Opolu jest jedyną placówką medyczną na zachodnim brzegu Odry. Opole jest położone po dwóch stronach Odry. Są szpitale na prawym brzegu, a na lewym nie ma żadnego, poza wojskowym. Dlatego funkcja tego szpitala jest po prostu bardzo ważna, jak również perspektywa szpitalnego oddziału ratunkowego, bo tam po prostu SOR-u nie ma, a jest autostrada A-4. W 116. Szpitalu Wojskowym nie ma SOR-u. I w ogóle… Już nie chcę tutaj… W Opolu jest w ogóle problem z SOR-ami i tutaj liczyliśmy na szpital wojskowy. Bardzo prosiłbym o udzielenie odpowiedzi. To trochę się uzbierało. Bardzo proszę, pan dyrektor Kosowski.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, taka jest rola podmiotów. Natomiast trzeba byłoby ujawniać niektóre zadania dotyczące naszych podmiotów, w tym zadania mobilizacyjne, czego nie uczynię, jeżeli państwo pozwolą. Odpowiem w formie ogólnej. Można sobie wyobrazić sytuacje wojenne czy kryzysowe, ale szczególnie wojenne. Wojskowa służba zdrowia jest powołana do tego, żeby w pierwszej kolejności zabezpieczać potrzeby armii. Żeby dobrze zabezpieczyć potrzeby armii – biorąc pod uwagę to, że jesteśmy Ministerstwem Obrony Narodowej, a nie ataku – w doktrynie mamy potrzebę pokojowego i obronnego stosunku do rzeczywistości. Jeżeli tak, to słusznie państwo podnosili, że żeby to dobrze funkcjonowało, zarówno wojskowa służba zdrowia, jak i cywilna, muszą być na dobrym poziomie. Stąd potrzeba ustawy o bezpieczeństwie ludności. Stąd również potrzeba odniesienia się do form zabezpieczenia od strony cywilnej. Oczywiście, jeżeli nie daj Bóg byłoby tak, że musielibyśmy podejmować działania obronne, będziemy korzystać z zasobów cywilnej służby zdrowia, a przede wszystkim z kadry medycznej,

która w tych zasobach funkcjonuje, ponieważ będziemy musieli się wzmacniać i rozszerzać swoje kompetencje.

Jeśli chodzi o urzędy wojewódzkie, o wojewodów, to oni mają stosowne działania, stosowne wytyczne i stosowne plany, które realizują we własnym zakresie. Zarówno w zakresie zarządzania kryzysowego, jak i w zakresie dotyczącym spraw obronnych. W sprawach obronnych jesteśmy stroną wystawiającą określone zapotrzebowanie. Stroną, która wystawia określone przydziały mobilizacyjne właściwym instytucjom lub osobom, które delegujemy. To tyle – jeżeli państwo pozwolą – informacji ogólnej. Czy szpitale resortowe będą zaangażowane i w jaki sposób? Będą zaangażowane, jeżeli będą miały przydział. Jeżeli mają przydział mobilizacyjny, to na pewno będą wyłączone z pewnej formy aktywności. Jeżeli tego przydziału nie będą miały, zadania nie będą ich obejmowały. Jeżeli będą obejmowały je w części, to w takim zakresie będą współuczestniczyły w całym procesie zabezpieczenia medycznego.

WAM. Właśnie po to jest nam potrzebna Wojskowa Akademia Medyczna i po to jest nam potrzebna współpraca z uczelniami cywilnymi, żeby ta uczelnia powstała, rozwijała się i kształciła personel na dobrym poziomie. W 2002 r. Wojskowa Akademia Medyczna przestała istnieć, natomiast powstała w 1958 r. To nie był akt, który spowodował, że przywieźliśmy do Łodzi kilkanaście autokarów kadry medycznej. Nie wylądowały helikoptery z budynkami, obiektami i z całą infrastrukturą. To był proces. W proces budowania Wojskowej Akademii Medycznej zaangażowana była ówczesna Łódzka Akademia Medyczna, która nas wspierała. W latach 70. Wojskowa Akademia Medyczna uzyskała pełną samodzielność organizacyjną. Kształciła lekarzy posiadając wszystkie zakłady i katedry. Współpraca z obszarem cywilnym, w tym z akademią medyczną, była w dalszym ciągu utrzymywana, m.in. poprzez kształcenie farmaceutów i dentystów dla potrzeb armii. Nie istnieje potrzeba tworzenia odrębnych wydziałów kształcących w tym zakresie. W naszej ocenie to byłby przerost formy nad treścią. W związku z tym w tym zakresie będzie realizowana współpraca.

Będzie również realizowana współpraca z innymi uczelniami medycznymi. Chcielibyśmy prowadzić tę współpracę z uczelniami wiodącymi. Pan premier sugerował i przedstawiał – co ukazało się w mediach – że zarówno z Uniwersytetem Jagiellońskim, jak i z łódzką Akademią Medyczną czy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Jest parę miejsc. Ze wszystkimi uniwersytetami nie będziemy współpracować. Ze wszystkimi uczelniami medycznymi nie będziemy mogli współpracować z jednego powodu. Jeżeli potrzebujemy rocznie od stu kilkudziesięciu do dwustu lekarzy, to patrzymy na stronę efektywności kształcenia. Na pewną formę zabezpieczenia logistycznego – bo to są żołnierze – i szkolenia. Gwarantujemy tym żołnierzom kształcenie wojskowo-medyczne na wysokim poziomie i będziemy je rozwijać, bo mamy partnerów, którzy w Łodzi mogą wspierać rozwój tej uczelni, ale interesuje nas medycyna pola walki w tamtym obszarze. Szczególnie w początkowym okresie. To już dzisiaj jesteśmy w stanie zagwarantować. A jeśli chodzi o kształcenie medyczne, to przy udziale i wsparciu uczelni medycznych. Oczywiście, chcemy się posiłkować tymi, które na rynku medycznym w Polsce mają uznaną markę i renomę.

Sfera ukadrowienia. Jak powiedziałem, jeśli chodzi o korpus lekarzy, aktualnie jest to 55%. Jeśli chodzi o dentystów – 35%. Jeśli chodzi o weterynarzy – 84%. Farmaceuci – 60%. Psychologowie – 63%. Pielęgniarki – 44%. Ratownicy – 69%. Można powiedzieć, że przy obecnym stanie jest to średnio ok. 63% ukompletowania. Kiedy będzie powołany komponent? Ambicją naszą i ministerstwa jest to, żebyśmy w tym roku opracowali ścieżkę, drogę i terminy i byli gotowi do realizacji tego projektu. Wiadomo, że opracowanie materiałów to jest jedno, a wdrożenie to jest drugie. Plan na ten rok, to jest przygotowanie i zatwierdzenie koncepcji, a w kolejnych latach jej wdrażanie. Na żadnym etapie dyskusji i prac – na dzisiejszym etapie dyskusji – nie rozmawiamy o tym, komu ten komponent ma podlegać.

W ocenie Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, któremu powierzono misję projektowania tego przedsięwzięcia, zadaniem jest budowanie zasad dotyczących tego, jak zabezpieczyć opiekę medyczną na najniższym poziomie i jak dać możliwość rozwoju kadry medycznej. Natomiast na końcu tej ścieżki jest kwestia dowodzenia. Oczywiście,

kwestia dowodzenia w zakresie podległości będzie finalizowana w zależności od tego, jaka będzie decyzja panów ministrów, państwa ministrów, a przede wszystkim organizacyjne zabezpieczenie całej armii. Komponent nie może być wydzielona strukturą. Pan minister doskonale to wie. Dobrze by było, żeby po prostu był funkcjonalny. Skupiamy się na części funkcjonalnej w sensie tego całego obszaru, który jest trudny i wymaga zmian, jeśli chodzi o terenową służbę zdrowia, jeśli chodzi o terenowe zabezpieczenie. Natomiast podległość komponentu ministrowi czy szefowi sztabu, to są decyzje na ostatniej drodze. Przynajmniej mówiąc o naszym zespole nie są one przedmiotem dyskusji.

Co jeszcze? Opole. Panie ministrze, panie przewodniczący, inwestycja w Opolu będzie realizowana. Jest pytanie, czy w takim zakresie? Czy w tak dużym i tak potrzebnym? To będzie jeszcze przedmiotem weryfikacji i analiz. Z tego co wiemy, jeden SOR dla miasta Opole co do zasady powinien być na 200-250 tys. mieszkańców. Takie są wytyczne. W tej chwili w Opolu są 2 placówki, które posiadają szpitalne oddziały ratunkowe. Gdyby u nas miał powstać trzeci szpitalny oddział ratunkowy, któryś musiałby zniknąć z mapy świadczeń województwa, żeby ten system finansowo się spinał i żeby ten obiekt nie stał pusty. Poza tym musielibyśmy zbudować sporą część dużego szpitala czy kolejną część szpitala, ponieważ dziś nie mamy tam oddziałów szpitalnych, które spełniałyby kryteria rozporządzenia ministra o szpitalnych oddziałach ratunkowych. To wymaga pewnej refleksji i zastanowienia się, jak daleko idąca przebudowa powinna nastąpić w tym szpitalu. Tym bardziej, że proszę pamiętać, że dzisiaj – także na tym posiedzeniu podkomisji – mówimy o problemach kadrowych. Opole jako miasto, jako województwo ma problemy kadrowe z personelem medycznym. Jak wszyscy. W związku z powyższym decyzja o skali jest przed nami. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Zatem, panie dyrektorze, jeżeli mamy taki, a nie inny stan ukadrowienia, który – jak widzimy – jest alarmujący, to jest pytanie. W zależności od tego, o której kategorii mówimy, ale w żadnej nie powinniśmy być usatysfakcjonowani. Oczywiście, żeby było jasne, to dotyczy także publicznej służby zdrowia. To nie jest tylko problem armii. Tym bardziej zachęcałbym do tego, żeby przemyśleć kwestie wykorzystania potencjału kierunków lekarskich, które funkcjonują, szczególnie do kształcenia specjalistów okołomedycznych. Pan pułkownik powiedział, ilu potrzebują państwo lekarzy. Tak samo jest, jeśli spojrzymy na ratowników czy na pielęgniarki i pielęgniarzy. Tutaj też jest jakiś potencjał. Do tego bym po prostu zachęcał, bo samorządy, uczelnie, ministerstwo nauki i Ministerstwo Zdrowia inwestowały w te placówki. One powstały. W poprzednich 2 kadencjach powstało bardzo wiele różnych kierunków lekarskich. Niektóre z nich czy zdecydowana większość jest na bardzo przyzwoitym poziomie.

Nie chcę mówić opolocentrycznie, ale Opole jest przykładem. Medycyna powstała tu 6-7 lat temu. Także w Kielcach, Rzeszowie i Zielonej Górze, ale ja mówię o egzaminie lekarskim. Opole było w ścisłej czołówce. Świeżo powołana medycyna wydała, wykształciła lekarzy, którzy zdali egzamin w ścisłej czołówce. Na pewno to było miejsce na podium. W tej chwili nie chcę mówić, które to było miejsce. To jest przykład na to, że to jest potencjał, po który można sięgnąć. Natomiast chcę panu powiedzieć, chcę zapewnić, że będę pilnował sprawy 116. Szpitala Wojskowego. Po pierwsze, marszałek województwa zapowiedział likwidację SOR-u w szpitalu przy ul. Katowickiej. Kwestia utworzenia SOR-u w 116. Szpitalu wojskowym pojawiła się w związku z zapowiedzią likwidacji tego SOR-u. Po drugie – jak mówię – to jest też kwestia obsługi autostrady A-4 i lewego brzegu rzeki. Ale SOR nawet w pierwotnych planach to był drugi etap. W pierwszym etapie była rozbudowa szpitala, nawet bez SOR-u. To mniej więcej miało być tak, jak w Legionowie. Najpierw miała być rozbudowana izba przyjęć, etc. Sama rozbudowa była policzona – także pod względem merytorycznym – jako uzasadniona i logiczna. Miała ruszyć w tym roku. Kiedy słyszę o analizach, ekspertyzach i audytach, to zawsze mówię, że to bardzo dobrze, bo to jest element profesjonalizmu w wykonywaniu swoich obowiązków, o ile nie opóźnia to dostarczania konkretnych produktów, a w tym przypadku realizacji tej inwestycji.

Tak, że serdecznie zachęcam czy mobilizuję do tego, żebyśmy jednak tę inwestycję przeprowadzali, chyba że dokonali państwo audytu pokazującego, że jest ona całkowicie nieuzasadniona. To jest zupełnie coś innego. Ja po prostu operuję na tych danych, które mieliśmy, że ta inwestycja po prostu jest potrzebna. Tyle jeszcze słowem komentarza ode mnie. Czy jeszcze państwo posłowie? Czy państwo? Bardzo proszę, pan dyrektor.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, oczywiście, bardzo przepraszam. Jako absolwent Wojskowej Akademii Medycznej mówiąc i myśląc o lekarzach mam z tyłu głowy także pozostały personel medyczny. Wojskowa Akademia Medyczna, którą chcemy tworzyć, to uczelnia, która będzie kontynuowała działania już dzisiaj istniejące. Dzisiaj kształcimy też ratowników medycznych. Chcemy w dalszym ciągu kształcić ratowników medycznych. Chcemy kształcić na potrzeby armii ratowników medycznych w mundurach. Chcemy kształcić lekarzy. Chcemy kształcić pielęgniarki. Chcielibyśmy kształcić również personel, który na roboczo mogę nazwać logistykami medycznymi, czyli całą infrastrukturę, która w tym zakresie będzie pomocna. Ona również jest nam potrzebna. Jak państwo doskonale wiedzą – mówi się o tym na różnych forach – lekarz czy personel medyczny generalnie powinien zajmować się leczeniem bezpośrednio pacjentów. Jego potencjał i wiedza powinny być do tego wykorzystywane. W jak najmniejszym stopniu powinien obsługiwać administrację czy szeroko pojętą logistykę.

Zamysły, pomysły i potrzeby są. Natomiast proszę sobie wyobrazić, że średnio mamy mieć czy powinniśmy mieć – tak to wynika – rocznie w granicach od stu kilkudziesięciu do dwustu absolwentów, to gdybyśmy próbowali to podzielić na kilkanaście czy na kilka uczelni, to mielibyśmy po 10-20 studentów w różnych uczelniach. Do tego trzeba byłoby stworzyć całą strukturę zabezpieczenia logistycznego. To są żołnierze, a nie studenci. W związku z powyższym trzeba to ubrać w pewne racjonalne ramy i podejść do tego obszaru zdroworozsądkowo. Nie uciekamy przed współpracą. Wręcz przeciwnie, bo wtedy możemy być nie tylko bardziej aktywni, ale także bardziej przyjaźni dla środowiska medycznego i nawet możemy się uczyć od cywilnego środowiska medycznego, z którym bardzo chcemy współpracować. To jest nasza inicjatywa dotycząca medycyny stanów nagłych i rozwoju już istniejącego centrum w Łodzi. Jesteśmy po rozmowach z różnymi środowiskami, które zajmują się w Polsce ratownictwem medycznym. Właśnie po to, żeby integrować. Żeby przepisy dotyczące służby zdrowia – a one dotyczą MSWiA, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Obrony Narodowej – były elementem wspólnotowych decyzji po to, żebyśmy wszyscy mogli się kształcić.

Jeżeli chodzi o Opole, nie ma zaniechania inwestycji. Jest tylko kwestia dyskusji o tym, czy i w jakim zakresie ta inwestycja powinna być modyfikowana. Jest znak zapytania co do SOR-u. Być może w pierwszym okresie byłaby to bardzo sprawnie zorganizowana izba przyjęć. Niezależnie od tego, co byśmy zbudowali, na końcu Narodowy Fundusz Zdrowia musi to zaakceptować. To musi wejść w cały system, więc to musi podlegać racjonalnej analizie. Nie ma decyzji o całkowitym zaniechaniu tej inwestycji. Jest tylko kwestia dotycząca racjonalnego podejścia do zakresu tej inwestycji.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dobrze. Panie pułkowniku, chętnie podrążyłbym jeszcze temat szpitala, ale jest jeszcze jeden temat – a mianowicie zabezpieczenie granicy. Nie padła odpowiedź na pytanie, jak dzisiaj wygląda zabezpieczenie medyczne naszych żołnierzy na granicy.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Powiem ogólnie. Dowództwo operacyjne zabezpiecza tę strukturę siłami swojej służby zdrowia. Tej służby, która nas tam na miejscu reprezentuje. Mamy ratowników medycznych. Mamy kilka linii zabezpieczenia, w które jest też zaangażowana cywilna służba zdrowia. To są 2 szpitale wojskowe – w Ełku i w Lublinie – oraz Wojskowy Instytut Medyczny. To są placówki przeznaczone do bezpośredniego współdziałania. Na miejscu mamy ratowników medycznych. Mamy pojazdy do ewakuacji. W tej chwili jest też grupa rekonesansowa, która weryfikuje i ocenia to, co było zabezpieczeniem i co może być potrzebnym wzmocnieniem lub uzupełnieniem. Tyle mogę przedstawić w tej chwili

w kategoriach dość ogólnych. Jeżeli jest potrzeba szerszej informacji, ewentualnie możemy ją przedstawić na piśmie.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Jaka grupa, bo nie dosłyszałyśmy? Jaka grupa? Powiedział pan, że jakaś grupa, która zabezpiecza, ale…

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

W tej chwili od kilku dni jest grupa rekonesansowa, która weryfikuje i kontroluje poziom zabezpieczenia w tym zakresie.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Pani poseł Wojtyszek.

Poseł Agata Wojtyszek (PiS):

Chciałabym podjąć temat, który rozpoczął pan przewodniczący. Pan przewodniczący pytał o zabezpieczenie. Chciałabym też zapytać o to, jak wyglądała procedura związana z tym wypadkiem, który okazał się śmiertelny, młodego żołnierza, którego pogrzeb mamy dzisiaj? Jak wyglądała procedura? W jaki sposób otrzymał pomoc? Jak przebiegała ta droga od momentu zdarzenia? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Nie do końca jestem upoważniony, żeby przedstawiać szczegóły w tym zakresie. Powiem generalnie, że do zdarzenia doszło we wczesnych godzinach rannych. Do zdarzenia został przydzielony zespół wojskowy, jak i zespół cywilnego ratownictwa medycznego. Cywilne ratownictwo medyczne przetransportowało pacjenta do Hajnówki. W Hajnówce podjęto czynności medyczne ratujące pacjentowi życie. Udzielono mu pomocy. W późniejszym okresie pacjent został przetransportowany do Wojskowego Instytutu Medycznego. Tyle mogę powiedzieć ze swej strony. Nie wiem, czy pan doktor Kowal wie coś więcej, bo to są tematy wrażliwe, jeśli chodzi o informację publiczną.

Zastępca dyrektora WIM – PIB płk Jarosław Kowal:

Tak, zdecydowanie. O szczegółach samego procesu z punktu widzenia tajemnicy lekarskiej nie mogę mówić. Natomiast – szanowni państwo – zawsze w takich sytuacjach Wojskowy Instytut Medyczny jest w gotowości do podjęcia poszkodowanego. To dzieje się wielokrotnie. Kwestia transportu rannego żołnierza z miejsca zdarzenia czy ze szpitala, w którym udzielono mu pierwszej pomocy, zależy tylko od kilku wytycznych. Od tego, czy stan zdrowia na to pozwala, jaki jest stan, itd. Na bieżąco jesteśmy w gotowości. Także infrastruktura, np. lądowisko, które jest w stanie podjąć każdy śmigłowiec. Nawet najcięższe śmigłowce, które służą w polskiej armii. Działa to całodobowo. Także każdy oddział, który jest wyznaczonym zespołem. Poza tym, to jest tylko kwestia decyzji. Gdyby teraz była decyzja o transporcie pacjenta, bezpośrednio po otrzymaniu takiej decyzji bylibyśmy w gotowości. Przyjęliśmy tego chorego. Niestety, w tym przypadku skończyło się to dramatycznie.

Natomiast podkreślam, że zawsze jesteśmy gotowi. Potrzebujemy tylko jasnej deklaracji, że ten transport jest. Co więcej, sami mamy wypracowane procedury transportu. Nikogo nie prosimy. Nikim się nie zajmujemy. Jest ścisła współpraca z odpowiednimi jednostkami wojskowymi. Ewakuacja z miejsca zdarzenia jest błyskawiczna. Natomiast, jeżeli pan przewodniczący i pan dyrektor pozwolą, jeszcze dwie kwestie. Pani poseł mówiła o kwestii finansowania. O tym, jakie jest zabezpieczenie. O tym, że leczymy cywili. Tak, zdecydowanie. Od 2000 r. czy 2001 r., kiedy zniknęła Wojskowa Kasa Chorych, Wojskowy Instytut Medyczny jest otwarty dla mieszkańców Warszawy i okolic. Co więcej, jest kilka jednostek przeznaczonych dla Mazowsza. W Wojskowym Instytucie Medycznym jest jedyne dla Mazowsza centrum urazowe.

To jest bardzo ważna jednostka. Dlatego, że na kanwie tego centrum urazowego robimy automatycznie szkolenia wszystkich urazów, bo wszyscy pacjenci z urazami wielonarządowymi trafiają do naszego SOR-u. Stąd personel, który na co dzień

ma praktycznie… To jest ok. 700 interwencji. W 2022 r. to było siedemset kilka interwencji. Większość transportowanych transportem lotniczym. To centrum urazowe z jednej strony zapewnia opiekę dla Mazowsza. Ale dla naszych lekarzy jest to bezcenny poligon do nauki. Nauki, nauki i jeszcze raz nauki, także w kwestii zaopatrywania wszystkich urazów, w tym wojennych. Poza tym są jeszcze co najmniej 2 inne instytucje. Mamy całodobowy dyżur hemodynamiczny. Jest jeszcze kwestia zabezpieczenia zawałów oraz centrum leczenia udarów. U nas w szpitalu jest program pilotażowy, który rozpoczął się kilka lat temu, trombektomii dynamicznej. To jest najnowsza metoda leczenia udarów. To wszystko się dzieje. To wszystko się toczy i jest dostępne dla ogółu społeczeństwa.

Jeśli pan dyrektor pozwoli, to jeszcze jedna uwaga, bo zadają państwo pytania odnośnie do braków kadrowych. Ja chciałbym poruszyć inny wątek. Braki brakami, ale uważam, że powinniśmy wspólnie – zresztą te prace już się toczą – skoncentrować się na tym, żeby utrzymać lekarzy w wojsku. I to nie tylko lekarzy bezpośrednio po studiach, ale także lekarzy doświadczonych. Nic tak mnie nie boli, jak to, że moi koledzy… Jestem w wojsku 33 lata, a 27 lat pracuję w tym szpitalu. Mam jeszcze kolegów, którzy ze mną studiowali. Ilu z nich zostało w mundurze? O to chodzi, żeby utrzymać doświadczonych lekarzy, bo oni przekażą wiedzę, ale też zapewnić warunki funkcjonowania młodym lekarzom. Podam państwu jeden przykład. Lekarz ze specjalizacją, major, ma chyba 8240 zł. Dokładnie tak. Lekarz cywilny z tą samą specjalizacją ma 9200 zł. Jaka mam go przekonać do tego, żeby się dalej rozwijał, brał udział w mnóstwie inicjatyw, tworzył teamy urazowe, współpracę, itd.? Nie mam szans.

Ścieżka rozwoju jest bardzo ważna dla młodych lekarzy wojskowych, żeby ich zatrzymać. Lekarze w szpitalach wojskowych nie mają żadnych dodatków. To chyba jedyna grupa, która ich nie ma. Lekarz wojskowy w jednostce ma. Lekarz w instytucie nie. O tym pomyślmy, bo braki kadrowe, jak najbardziej. Ale myślę, że też trzeba się skoncentrować na tym, żeby wypracować jasną ścieżkę rozwoju lekarza, żeby ich zatrzymać. I zatrzymać albo przywrócić do wojska bardzo doświadczonych lekarzy, którzy na przestrzeni kilku czy wręcz kilkunastu lat odeszli z wojska. Jak mówił pan dyrektor, to jest kapitał nie do odbudowania w krótkim czasie. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Urszula Nowogórska.

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Pan pułkownik pobudził mnie do aktywności. Panie pułkowniku, widzi pan, to jest problem dotyczący nie tylko medycznej służby zdrowia, ale w ogóle służby zdrowia, że szpitale nawzajem podkupują sobie specjalistów. W jednym szpitalu dobry specjalista zarobi określoną kwotę, ale w innym szpitalu dostanie trochę więcej i tam pójdzie. To jest nie tylko problem medycznej służby zdrowia, ale w ogóle ochrony zdrowia. To jest problem i o tym trzeba głośno mówić. Natomiast nie otrzymałam odpowiedzi na pytanie, ile lat musi odsłużyć w mundurze absolwent Wojskowej Akademii Medycznej, bo to jest też istotna kwestia. Ile? 15, tak?

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Nie wiem, czy pani poseł Wicha się zgłaszała czy nie. Nie.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Nie zgłaszałam się, ale rzeczywiście kwestie dotyczące płac – jak mówi koleżanka – tak samo dotyczą lekarzy cywilnych. Jeśli np. rezydent zarabia więcej niż lekarz ze specjalizacją, to coś mamy postawione na głowie. Ale to jest już – niestety – kwestia dotycząca Ministerstwa Zdrowia, a nie nasza. Trzeba wystąpić z taką inicjatywą do Komisji Zdrowia, w której również jestem i będziemy o tym dyskutować, bo to jest bardzo ważny temat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Zresztą to dotyczy szerzej w ogóle specjalistów, nie tylko lekarzy. Można powiedzieć, że tak jest w wielu innych branżach. Czy jeszcze pan dyrektor?

Dyrektor departamentu MON płk Arkadiusz Kosowski:

Nie.

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

Dobrze. W takim razie, jeżeli nie ma już więcej pytań, bardzo dziękuję za przedłożenie informacji. Sekretariat Komisji dopilnuje, żebyśmy otrzymali wszystko, o co prosiliśmy, na piśmie. Wyświetliłem sobie, panie dyrektorze prezentację z materiałami. Sam sobie nie wymyśliłem tej podległości ministrowi obrony narodowej. Po prostu na slajdzie jest dowództwo komponentu wojsk medycznych podległe ministrowi obrony narodowej. Jeszcze raz przypomnę kontekst mojego pytania. Nawet w ogóle nie mam o to pretensji. Nie uważam, że to jest nieprawidłowe, tylko pamiętam zarzuty polityczne. Nie panów, tylko kierownictwa politycznego, że daliśmy WOT w podległość ministra obrony narodowej. Jeżeli tworzy się coś nowego, to przywództwo, polityczne leadership jest potrzebne. Później – z czasem – powinno to przejść w inną podległość. Tylko po to chciałem pokazać ten slajd, żebyśmy wiedzieli, skąd to pytanie. Nie dlatego, że mam o to pretensje. Dla mnie jest naturalne, że Departament Wojskowej Służby Zdrowia koordynuje ten proces na samym początku. O tym, co będzie dalej, kiedy to się rozwinie, jak rozumiem, będą zapadać decyzje.

W takim razie bardzo dziękuję za tę część. Musimy jeszcze pozostać, żeby przyjąć plan pracy do końca roku. Bardzo dziękuję panom za udział. Nie wiem, czy państwo przewodniczący zostaną czy nie. Bardzo dziękuję. Będziemy śledzić inwestycję w 116. Szpitalu Wojskowym i wszystkie inne inwestycje.

Drodzy państwo, chciałbym szybko przeprocedować ten plan. Planujemy bardzo intensywne… Pani przewodnicząca chce jeszcze o coś zapytać. Chcę powiedzieć, że planujemy intensywnie przepracować drugą połowę roku. Relatywnie intensywnie w porównaniu do innych podkomisji. Założyliśmy, że posiedzenia – poza trybem nadzwyczajnym – odbywać się będą raz na miesiąc. Raz na dwa posiedzenia Sejmu, czyli nie na każdym posiedzeniu. To jest sensowne, bo wiem, że państwo pracują też w innych zespołach i podkomisjach. Na lipiec proponujemy temat „Informacja ministra obrony narodowej na temat funkcjonowania wyższego szkolnictwa wojskowego”. Ale ten temat trochę mi się nie podoba, bo to było hasłowo, żebyśmy szkolnictwo wojskowe potraktowali szerzej. To znaczy, że tu także byłyby centra szkoleniowe. Czy możemy tak zrobić? Szkolnictwo wojskowe to są uczelnie wojskowe, a chciałbym, żebyśmy poruszyli szerzej kwestie szkolenia w ogóle. Czy możemy to ugryźć? Możemy.

Tak, żeby jedno drugiego nie wypchnęło. Żeby szkolenie nie wypchnęło szkolnictwa wojskowego, a szkolnictwo wojskowe nie zastąpiło… Tak. Np. w Kielcach mamy centrum szkolenia do misji zagranicznych. Chciałbym, żebyśmy to też mogli poruszyć. Tak szeroko. Tak, tak. Na wrzesień jest informacja ministra obrony narodowej na temat zakresu opieki nad emerytami, weteranami i osobami cywilnymi uczestniczącymi w misjach zagranicznych. Na październik – informacja na temat działalności edukacyjnej, kulturalnej i muzealnej w siłach zbrojnych, promocji służby wojskowej oraz funkcjonowania Wojskowego Centrum Edukacji Obywatelskiej. To jest też potężny zasób, który podlega ministrowi obrony narodowej. Na listopad sytuacja materialno-bytowa żołnierzy i pracowników cywilnych wojska oraz funkcjonowanie wojskowych biur emerytalnych. To listopad. Na grudzień informacja na temat perspektyw rozwoju Wojsk Obrony Terytorialnej oraz dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej. To jest aspekt zasysania żołnierzy z Wojsk Obrony Terytorialnej i z dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej. Grudzień jest dobry pod kątem podsumowanie roku, który się kończy. Dlatego to zaproponowałem.

Panowie wycięli czerwcowy temat, który jest zaplanowany na jutro. Rozumiem, że dlatego, że to posiedzenie jest już zwołane. Jutro mamy temat dotyczący warunków służby naszych żołnierzy na granicy, o czym powiedziałem paręnaście minut temu. Prawda? Rozumiem, że to posiedzenie jest już zwołane, więc nie będzie go w tym planie. Czy państwo posłowie mają uwagi lub inne propozycje do planu? Czy chcieliby państwo poruszyć jakiś inny temat? Jeśli nie… Czy musimy głosować? Nie musimy.

Uznaję, że ten plan został przyjęty do realizacji. Jeżeli będą się pojawiać tematy bieżące, to deklaruję, że jednak będę zwoływał takie posiedzenia. Prawda? Mamy np. sytuację na granicy. Jakie są tam warunki służby? Uważam, że naszym obowiązkiem w ramach funkcji kontrolnej Sejmu jest reagowanie i pytanie w imieniu żołnierzy o te warunki. Jeżeli pojawiłoby się jeszcze coś innego, to na bieżąco będziemy… Uprzejmie proszę, żeby to sygnalizować i będziemy się spotykać. Jutro o godzinie 12:00…

Poseł Urszula Nowogórska (PSL-TD) – spoza składu podkomisji:

Czy mogę prosić o przyjęcie mnie do podkomisji?

Przewodniczący poseł Marcin Ociepa (PiS):

To jest pytanie do wszystkich członków Komisji Obrony Narodowej. Ja będę głosował za przyjęciem pani poseł, żeby pani dołączyła. Wiem, że pani poseł Matysiak też chce dołączyć. Nie wiem, czy ci dwaj… Może uda się bez sprzeciwu. Ja będę rekomendował. Tak, że serdecznie zachęcamy. Czy dzisiaj będziemy to głosować? Nie, bo dzisiaj mamy posiedzenie z MSWiA. Jest odwołane? A co z tą uchwałą? To jest poważna sprawa, panowie. To znaczy, że Sejm nie będzie głosował nad uchwałą o solidarności z żołnierzami, którzy służą na granicy. Ja tę uchwałę napisałem i przedłożyłem. To jest kolejny… Panowie na pewno wiedzą lepiej. Rzeczywiście dzień później klub Polskiego Stronnictwa Ludowego złożył konkurencyjny projekt uchwały. Mam o to żal, ale na posiedzeniu podkomisji nie będziemy sobie tego wyjaśniać. Natomiast rozumiem, że żadna z tych uchwał nie będzie procedowana. To znaczy, że Sejm na tym posiedzeniu nie przyjmie tej uchwały. Bardzo nad tym ubolewam. Ale nie będziemy nad tym ubolewać w trybie posiedzenia podkomisji.

Serdecznie państwa zapraszam do pracy w podkomisji. Jak najbardziej. Tematów jest bardzo wiele, wbrew naszej nazwie, która jest bardzo – powiedziałbym – dyskretna. Bardzo wiele. Dlatego bardzo się cieszę, że państwo się zgłaszają. Przychodzą też posłowie spoza podkomisji. Myślę, że nasza podkomisja po prostu będzie nie tylko najlepsza – do czego się zobowiązaliśmy w ramach Komisji Obrony Narodowej – ale będzie też najbardziej aktywna. Tak, że serdecznie państwa zachęcam. Dziękuję bardzo za przyjęcie planu.

Zamykam posiedzenie.